

# **Oczekiwania świadczeniodawców jako potencjalnych pracodawców absolwentów kierunku: zdrowie publiczne. Grupa „dużych” świadczeniodawców**

## **Wstęp**

Wyniki badania drugiej ze zidentyfikowanych w ramach grupy świadczeniodawców „podgrupy” włączonej do prac projektowych, czyli świadczeniodawców „dużych”, a konkretnie szpitali zostaną zaprezentowane w niniejszym artykule z jednej strony jako kontynuacja, z drugiej – swego rodzaju konfrontacja z wynikami badania w grupie tzw. małych świadczeniodawców. Grupa ta została wyłączona z ogólnej kategorii świadczeniodawców ze względu na te same kryteria rozróżnienia: odmienny „zestaw” udzielanych świadczeń, różnice organizacyjne z tym związane, rozbieżności w strukturze zatrudnienia (liczba personelu, inne wymogi specjalizacyjne. Pomimo iż szpitale, tak jak cała grupa świadczeniodawców, bez wątpienia stanowią podstawową grupę w infrastrukturze zdrowia publicznego i ewidentnie realizują jego misję w obszarze łatwym do zidentyfikowania i często postrzeganym jako najistotniejszy, to założono odmienne wymagania kierowane przez osoby podejmujące takie decyzje do potencjalnie zatrudnianych absolwentów zdrowia publicznego. Najistotniejsze wydaje się w tym wypadku zróżnicowanie polegające na znacznym zawężeniu zakresu przedmiotowego udzielanych świadczeń do tych, które polegają zasadniczo i w zdecydowanie przeważającej części na aktywnościach skierowanych na poprawę stanu zdrowia, a nawet ratowanie życia w stanach bezpośrednio lub pośrednio mu zagrażających łącznie z miejscem ich udzielania<sup>1</sup>. Poza tym obszarem, ze względu na ich

---

<sup>1</sup> Wbrew pozornie prostemu wyodrębnieniu kategorii szpitali spośród całej grupy świadczeniodawców należy podkreślić, że także ta grupa nie jest kategorią jednolitą, zarówno pod względem statusu prawnego podmiotów do niej należących, jaki i ich wielkości: pojawia się pytanie, czy jeżeli za kryterium wyodrębnienia przyjmiemy całodobową opiekę medyczną (udzielanie świad-

znikomy udział w całym katalogu świadczeń zdrowotnych udzielanych przez omawianą grupę podmiotów, pozostają działania z dziedziny promocji zdrowia, profilaktyki, epidemiologii czy kształtowania polityki zdrowotnej.

Wyniki badań przeprowadzone w tej grupie zostały przedstawione na podstawie badań ankietowych skierowanych do przedstawicieli tej grupy świadczeniodawców w formie kwestionariusza, zawierającego opracowaną listę kompetencji uszeregowanych czy też pogrupowanych w kilku kategoriach<sup>2</sup>. W odniesieniu do szpitali badanie zostało także wstępnie przeprowadzone w formie grupy fokusowej, a dopiero jego zasadniczą część w formie kwestionariusza. Wyniki badania w formie grupy fokusowej w tej grupie podmiotów wyraźnie wskazują na specyfikę oczekiwań tych podmiotów jako potencjalnych pracodawców dla absolwentów zdrowia publicznego. Także i w tym przypadku można wskazać obszary stwarzające pewne trudności, zarówno w trakcie samego badania jak i już na etapie analizy wyników; problemy definiowania zdrowia publicznego, wskazania obszaru „działania” tej dyscypliny, kłopoty z określeniem, kto to jest absolwent kierunku: zdrowie publiczne. Wszystkie te czynniki musiały także wpłynąć na końcowe wyniki badania przeprowadzonego w formie kwestionariusza i można przyjąć założenie, na podstawie ustaleń dotyczących badań fokusowych, że ewentualny błąd respondentów (niezrozumienie treści, niejasność ujęcia poszczególnych kompetencji, a przede wszystkim problemy definiowania) ankietowanych drogą wysyłki kwestionariusza jest zdecydowanie większy<sup>3</sup>. Na jego „rozmiary” mogą mieć wpływ takie czynniki, jak brak czasu i motywacji do dokładnego przestudiowania kwestionariusza, niechęć do zdobywania informacji dotyczących obszarów mniej czy też w ogóle nieznanych. W przypadku badań fokusowych ten rodzaj błędu mógł być w ogromnym stopniu korygowany w trakcie badania przez moderatora lub metodą konfrontacji opinii z pozostałymi członkami badanej grupy. W efekcie obszar stanowiący przedmiot badania mógł zostać zdefiniowany i określony zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie teoriami czy wreszcie z nauką zdrowia publicznego samą w sobie. Trudno sobie wyobrazić, że w sytuacji korespondencyjnego badania osoby w nim uczestniczące są w takim samym stopniu zdeterminowane do uściślenia swojego stanowiska, uświadomienia sobie własnego stanu wiedzy (lub niewiedzy) i konsekwentnie do poszukiwania niezbędnych informacji.

---

czeń), to sam fakt posiadania przez daną placówkę kilku łóżek może stanowić podstawę ich włączenia do grupy? Z takich powodów nie do końca jest możliwe ostateczne zamknięcie ogólnej listy szpitali (bez uwzględnienia innych kryteriów), dostępne dane szacunkowe także znacznie się w tym zakresie różnią. Dla potrzeb projektu jako grupę szpitali uwzględniono zasadniczo te podmioty, które znalazły się w wykazie zamieszczonym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 22 grudnia 1998 roku w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych, DzU Nr 164, poz. 1193.

<sup>2</sup> Całość listy została zamieszczona w raporcie z badania przeprowadzonego w formie wywiadu zogniskowanego (grupy fokusowe) wraz z omówieniem poszczególnych kategorii tej listy i poszczególnych, wyselekcjonowanych przez uczestników badania umiejętności (dziesięć najistotniejszych kompetencji z punktu widzenia potencjalnych pracodawców). Lista zamieszczona w kwestionariuszu zawiera jedynie kilka zmian i znajduje się w części poświęconej kompetencjom.

<sup>3</sup> Por. wnioski z przeprowadzonych badań w poprzedniej grupie „małych” świadczeniodawców.

W świetle powyższych wniosków rezultaty badania w tej grupie zostaną więc przedstawione w sposób analogiczny do artykułu poświęconego analizie poprzednio omawianej grupy pod względem sposobu ich prezentacji, w formie przedstawienia zestawu kompetencji najbardziej pożądanych z punktu widzenia szpitali jako potencjalnych pracodawców i odpowiadającej temu zestawowi sylwetki najbardziej pożądanego przez tego pracodawcę absolwenta zdrowia publicznego, ale jednocześnie z zastrzeżeniem możliwości nieco odmiennej interpretacji z uwagi na powyżej wspomniane ograniczenia. Tak jak poprzednio, wyniki te zostaną w dalszej części skonfrontowane z proponowanymi przez grupę możliwymi stanowiskami pracy. Wszystkie przedstawione rezultaty zostaną opisane w kontekście specyficznych wymagań grupy przedstawicieli szpitali w celu wyłonienia kompetencji odpowiednich dla potencjalnej ścieżki kariery w tej grupie pracodawców, przy jednoczesnej weryfikacji możliwości zatrudnienia przez tę grupę odpowiednio do przedstawionych propozycji. Zgodnie z zaprezentowanym już sposobem omawiania wyników specyficzne oczekiwania grupy zostaną skonfrontowane z charakterystyką działalności szpitali. Przedstawione zostaną także rezultaty negatywnej weryfikacji list kompetencji przez adresatów kwestionariusza, a więc przedstawione zostaną najmniej pożądane umiejętności i kompetencje. W podsumowaniu zostaną przytoczone najistotniejsze różnice oczekiwań wynikające ze specyfiki grupy. Szczegółowy konspekt artykułu został więc skonstruowany w sposób analogiczny do artykułu dotyczącego małych świadczeniodawców i przedstawia się następująco:

1. Prezentacja szpitali jako potencjalnych pracodawców na tle sektora podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych: a) kryterium roli pełnionej przez szpitale w systemie jako wyróżniające tę grupę spośród pozostałych świadczeniodawców – udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających zasadniczo na ratowaniu życia, naprawie lub poprawie złego stanu zdrowia (pojęcie misji danej kategorii podmiotów w zdrowiu publicznym, udzielanie pewnej kategorii świadczeń jako jeden z elementów określających specyfikę grupy), b) wnioski z przeprowadzonej analizy instytucji sfery zdrowia publicznego w Polsce w trakcie wstępnego procesu identyfikacji grupy podmiotów – świadczeniodawców: niejednorodność grupy, podział na jednostki „małe” i „duże”. Szczególne miejsce szpitali w grupie „dużych” świadczeniodawców, c) wskazanie konkretnych jednostek zgodnie z obowiązującymi przepisami – wykaz szpitali według krajowej sieci szpitali, podzielonej na trzy poziomy referencyjne, Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 22.12.1998 r. w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych – oraz oszacowanie tych podmiotów pod kątem ich możliwości zatrudniania i określenia wielkości opisywanej grupy, d) charakterystyka szpitali jako podmiotów wchodzących w skład grupy „dużych” świadczeniodawców. Klasyfikacja odpowiednio do powyższej regulacji.

2. Formalne wymogi kwalifikacyjne w sektorze opieki zdrowotnej: a) przegląd obowiązujących przepisów pod kątem prawnych wymogów stosowanych przy zatrudnieniu, stawianych absolwentom przez szpitale jako potencjalnych

pracodawców, b) przegląd regulacji pod kątem uprawnień absolwentów zdrowia publicznego wynikających bezpośrednio lub pośrednio z uregulowań dotyczących zatrudnienia (w kontekście sektora opieki zdrowotnej). Poszukiwanie legalnych warunków posiadania kompetencji w dziedzinie zdrowia publicznego w sytuacji zatrudnienia na przykład jako menedżer w szpitalu, c) ustalenia dotyczące listy stanowisk, miejsc pracy w szpitalach, których pełnienie potencjalnie powinno być związane z posiadaniem formalnych kwalifikacji w zakresie zdrowia publicznego – czynnik odgrywający istotną rolę w sytuacji poszukiwania zatrudnienia w tej grupie podmiotów.

3. Przedstawienie wyników badania przeprowadzonego w formie kwestionariusza skierowanego do przedstawicieli szpitali (osoby na stanowiskach kierowniczych). Wskazanie rezultatów w poszczególnych kategoriach kompetencji: a) ranking poszczególnych kategorii kompetencji wraz z podanym uzasadnieniem – wyniki na podstawie danych uzyskanych z analizy odesłanych kwestionariuszy, b) wskazanie i opis obszaru kompetencji najbardziej poszukiwanych przez pracodawców, pełna lista umiejętności o najwyższej liczbie przyznanych punktów – wyniki jw., c) wskazanie dziesięciu kompetencji jako rezultatu selekcji dostarczonych danych – wyniki jw., d) prezentacja wyników badania pod kątem wyszczególnienia najczęściej proponowanych stanowisk – miejsc pracy.

4. Syntetyczne przedstawienie „dużych” świadczeniodawców na rynku pracy w zdrowiu publicznym w kontekście możliwości zatrudnienia: a) wymagania pracodawców a możliwości potencjalnego zatrudnienia – analiza wyników badań pod kątem ilości oferowanych miejsc pracy w tej grupie jako należącej do sektora pracodawców najbardziej zainteresowanych zatrudnieniem absolwenta zdrowia publicznego, b) wskazanie najistotniejszych oczekiwań w kontekście specyfiki danej grupy, wyróżnienie kompetencji charakterystycznych dla obszaru działalności szpitali, c) sylwetka absolwenta najbardziej pożądanego przez szpitale jako potencjalnych pracodawców, katalog kompetencji stwarzających potencjalnie największe szanse zatrudnienia z punktu widzenia tej grupy.

5. Wnioski dotyczące specyficznych oczekiwań grupy szpitali w stosunku do absolwentów zdrowia publicznego: w podsumowaniu wnioski zostaną przedstawione zgodnie z analogicznym tokiem wnioskowania jak w przypadku „małych” świadczeniodawców – ze wskazaniem jednak odrębności i specyfiki tej grupy podmiotów: a) zmiany na rynku pracy w odniesieniu do kategorii szpitali jako podmiotów proponujących stosunkowo dużą liczbę możliwych stanowisk w świetle konieczności zwiększania możliwości zatrudnienia dla absolwentów zdrowia publicznego, b) rekomendacje dotyczące programów nauczania i ewentualnych zmian w nich dokonywanych w przyszłości, propozycje zastosowania nowoczesnych metod nauczania pod kątem zwiększenia atrakcyjności absolwenta zdrowia publicznego jako pracownika szpitala, c) wspólny dla obu grup świadczeniodawców postulat edukacji potencjalnych pracodawców w dziedzinie znajomości problematyki zdrowia publicznego, konieczność „lobbingu” na rzecz tej dyscypliny jako istotnego elementu wpływającego na zwiększenie możliwości zatrudnienia absolwentów.

## Szpitala jako potencjalni pracodawcy na tle sektora podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych

W sektorze podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, biorąc pod uwagę kryterium roli pełnionej przez szpitale w systemie, jako wyróżniające tę grupę spośród pozostałych świadczeniodawców (jak to zostało wskazane we wstępie: udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających zasadniczo na ratowaniu życia, naprawie lub poprawie złego stanu zdrowia), podmioty te pełnią funkcję szczególną. Tak jak inne podmioty udzielają świadczeń zdrowotnych, ale jak się wydaje tych najpotrzebniejszych, często w nagłych, nieoczekiwanych sytuacjach i w sytuacji dużego zagrożenia zdrowia. „Ta pierwsza grupa (świadczeniodawcy) obejmuje przede wszystkim profesjonalistów medycznych i reprezentantów zawodów stale i oficjalnie obecnych w procesie udzielania świadczeń oraz instytucje organizujące ich pracę, spośród których najbardziej typową o symbolicznym wręcz znaczeniu, jest oczywiście szpital<sup>4</sup>. Liczebność tej grupy, jej struktura i kwalifikacje są decydujące dla możliwości produkowania świadczeń przez system”<sup>5</sup>. Cytowane powyżej stanowisko profesora Włodarczyka w pełni obrazuje szczególną rolę pełnioną przez szpitale w systemie, a w konsekwencji także w infrastrukturze zdrowia publicznego. Nieco dalej autor formułuje postulat: „Tylko świadczenia przynoszące dostatecznie duży efekt za dostatecznie sensowną cenę powinny być wytwarzane”<sup>6</sup>. Kryterium relacji kosztu i efektu jest oczywiście kryterium racjonalnym i ekonomicznie sensownym, ale jeszcze dalej czytamy: „Zdolność systemu do ograniczania produkcji świadczeń niespełniających kryterium koszt – efekt – ich całkowita eliminacja nie jest w praktyce możliwa – jest ważną cechą systemu zdrowotnego”<sup>7</sup>. Ten ostatni wniosek dotyczy szczególnie właśnie kategorii szpitali. Grupa ta także nie jest jednolita: obejmuje zarówno bardzo duże jednostki, jak i nieco mniejsze, innym kryterium różnicującym jest kwestia własności danej jednostki, środków i metod finansowania. Szpitale jako podmioty prowadzące działalność polegającą na udzielaniu świadczeń (czy też ich „produkcji”) funkcjonują więc w instytucjonalnej infrastrukturze zdrowia publicznego w zróżnicowanych formach – tak jak cała grupa świadczeniodawców – nie jest to kategoria podmiotów jednolitych pod względem organizacyjnym, prawnym. W stosunku do pozostałych świadczeniodawców wyróżnia je jednak to, że działalność przez nie prowadzona służy realizacji takich samych celów. Cechy odmienne dotyczą również samej struktury tych jednostek, ich zasad działania<sup>8</sup>. Obecnie wśród szpitali dominują

---

<sup>4</sup> Przy zastrzeżeniu wspomnianych już trudności z definiowaniem.

<sup>5</sup> C. Włodarczyk, S. Poździejch, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Kraków 2001, s. 95.

<sup>6</sup> Tamże, s. 95.

<sup>7</sup> Tamże.

<sup>8</sup> Świadczeniodawcy jako kategoria ogólna na tle tych tradycyjnie postrzeganych instytucji stanowią, po wprowadzeniu reformy systemu zdrowotnego w Polsce, kategorię zdecydowanie zróżnicowaną wewnętrznie; jednym z kryteriów różnicujących jest tutaj chociażby różny status własnościowy, źródła finansowania (jednostki publiczne i niepubliczne), „wielkość” podmiotu udzielają-

zdecydowanie zakłady publiczne, ale przy założeniu postępującego procesu prywatyzacji w służbie zdrowia liczba szpitali niepublicznych także powinna rosnąć. W reformowanym systemie opieki zdrowotnej działają one zasadniczo w ramach rynku świadczeń zdrowotnych finansowanych z funduszy publicznych, udzielanych w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Miejsce tej kategorii podmiotów na rynku świadczeń zdrowotnych, w tym także na rynku pracy związanym z ich udzielaniem, może być rozpatrywane w kilku płaszczyznach, w zależności od kryterium, które zostanie wzięte za podstawę do określenia zakresu czy też zasięgu tego miejsca. Jakikolwiek kryterium nie zostałoby jednak przyjęte: kompetencyjne, funkcjonalne czy też organizacyjne, wydaje się uzasadnione zbadanie na wstępie legalnego „gruntu”, a więc analiza obowiązujących uregulowań dotyczących szpitali i ich funkcjonowania. Kryterium prawne stanowi bowiem podstawowe kryterium wyodrębnienia miejsca zajmowanego przez świadczeniodawców w systemie opieki zdrowotnej. Chodzi tu przede wszystkim o sposób, w jaki przepisy sytuują tę grupę podmiotów spośród innych; jak określają, definiują zakres podmiotowy i przedmiotowy; przypisane im kompetencje lub ich brak, mechanizmy finansowania. Status prawny świadczeniodawców w polskim systemie prawnym jest regulowany przepisami wielu aktów prawnych. Najistotniejsze z nich w kontekście działalności prowadzonej przez szpitale to ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (systemowa) z dnia 6.02.1997, następnie ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30.08.1991, ustawa o zawodzie lekarza z dnia 5.12.1996 oraz ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej z dnia 5.07.1996<sup>9</sup>. Wszystkie te ustawy, bezpośrednio lub pośrednio, regulują status prawny świadczeniodawcy<sup>10</sup>.

Wśród kategorii zakładów opieki zdrowotnej szczególne miejsce, także jako grupa pracodawców, zajmują szpitale. Zakłady te zostały włączone zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 22.12.1998 w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych, do utworzonej w tym rozporządzeniu krajowej sieci szpitali, podzielonej na trzy poziomy referencyjne<sup>11</sup>. Ten właśnie wykaz stanowił podstawę do oszacowania tych podmiotów pod kątem ich możliwości zatrudniania i określenia wielkości opisywanej grupy. Odpowiednio do danych zawartych w wykazie szpitali stanowiącym załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 22.12.1998

---

cego świadczeń, jego możliwości (małe gabinety i duże szpitale), rodzaj udzielanych świadczeń, wreszcie sposób ich zorganizowania, cele, a także stopień specjalizacji. Tradycyjne podejście ograniczające zasadnicze elementy systemu zdrowotnego do trzech poziomów opieki, a więc do podstawowej opieki zdrowotnej, opieki specjalistycznej i wąkospecjalistycznej wydaje się niewystarczające w odniesieniu do świadczeniodawców (por. opracowanie dot. „małych” świadczeniodawców).

<sup>9</sup> Lista przywołanych aktów prawnych patrz Aneks.

<sup>10</sup> Por. zestawienie przepisów ustawowych zawarte w Aneksie.

<sup>11</sup> Szczegółowy wykaz szpitali wraz z określeniem ich poziomów referencyjnych znajduje się w tym Rozporządzeniu; wykaz ten został włączony do opracowanej bazy danych potencjalnych pracodawców:

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 22 grudnia 1998 roku w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych, DzU Nr 164, poz. 1193.

w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych liczba tych jednostek jest równa ogółem 877<sup>12</sup>. W poszczególnych regionach natomiast liczba szpitali jest zróżnicowana, występują tutaj bardzo znaczące dla możliwości zatrudnienia rozbieżności, biorąc szczególnie pod uwagę fakt, że mniejsza liczba tych jednostek niekoniecznie odpowiada wielkości danego regionu. Nieco inaczej przedstawia się kwestia porównania ilości szpitali w poszczególnych regionach przy uwzględnieniu ich poziomów referencyjnych, wówczas staje się oczywiste, że im wyższy poziom referencyjny szpitala tym mniejsza ilość takich jednostek w regionie oraz iż liczba ta w danych regionach wykazuje dość duże wahania. Całkowity brak jednostek III poziomu referencyjnego dotyczy pięciu następujących województw: lubuskiego, opolskiego, podkarpackiego, świętokrzyskiego i warmińsko-mazurskiego. Podsumowując ogółem liczbę szpitali w regionach, otrzymujemy następujące wielkości:

WOJEWÓDZTWO DOLNOŚLĄSKIE – 71; w tym 29 szpitali II poziomu referencyjnego i 5 III poziomu referencyjnego  
WOJEWÓDZTWO KUJAWSKO-POMORSKIE – 35; w tym 12 szpitali II poziomu referencyjnego i 2 III poziomu referencyjnego  
WOJEWÓDZTWO LUBELSKIE – 48; w tym 10 szpitali II poziomu referencyjnego i 4 III poziomu referencyjnego  
WOJEWÓDZTWO LUBUSKIE – 23; w tym 6 szpitali II poziomu referencyjnego; brak szpitali III poziomu referencyjnego  
WOJEWÓDZTWO ŁÓDZKIE – 50; w tym 19 szpitali II poziomu referencyjnego i 8 III poziomu referencyjnego  
WOJEWÓDZTWO MAŁOPOLSKIE – 59; w tym 15 szpitali II poziomu referencyjnego i 5 III poziomu referencyjnego  
WOJEWÓDZTWO MAZOWIECKIE – 90; w tym 25 szpitali II poziomu referencyjnego i 19 III poziomu referencyjnego  
WOJEWÓDZTWO OPOLSKIE – 35; w tym 12 szpitali II poziomu referencyjnego; brak III poziomu referencyjnego  
WOJEWÓDZTWO PODKARPACKIE – 35; w tym 9 szpitali II poziomu referencyjnego; brak III poziomu referencyjnego  
WOJEWÓDZTWO PODLASKIE – 25; w tym 5 szpitali II poziomu referencyjnego i 3 III poziomu referencyjnego  
WOJEWÓDZTWO POMORSKIE – 38; w tym 13 szpitali II poziomu referencyjnego i 4 III poziomu referencyjnego  
WOJEWÓDZTWO ŚLĄSKIE – 219; w tym 43 szpitale II poziomu referencyjnego i 9 III poziomu referencyjnego  
WOJEWÓDZTWO ŚWIĘTOKRZYSKIE – 23; w tym 10 szpitali II poziomu referencyjnego; brak III poziomu referencyjnego  
WOJEWÓDZTWO WARMIŃSKO-MAZURSKIE – 36; w tym 9 szpitali II poziomu referencyjnego; brak III poziomu referencyjnego  
WOJEWÓDZTWO WIELKOPOLSKIE – 61; w tym 18 szpitali II poziomu referencyjnego i 5 III poziomu referencyjnego

---

<sup>12</sup> Oszacowanie liczby jednostek zostało przeprowadzone w początku roku 2002.

WOJEWÓDZTWO ZACHODNIOPOMORSKIE – 36; w tym 13 szpitali II poziomu referencyjnego i 2 III poziomu referencyjnego

Z powyższych danych liczbowych wynika, że ilość szpitali w danych regionach waha się od najniższej wartości 23 jednostek (woj. lubuskie, woj. świętokrzyskie), aż do wartości 219 jednostek (woj. śląskie). W tym ostatnim przypadku tak duża ilość jednostek spowodowana jest nie tylko rozmiarem tego regionu, ale, jak można przypuszczać, zwiększonym „zapotrzebowaniem” na udzielanie świadczeń zdrowotnych w tym województwie. Aby ocenić rozmieszczenie szpitali w danych regionach, ich ilościową „wystarczalność”, należałoby uwzględnić szereg danych, począwszy od stanu zdrowia populacji danego regionu. Dane te z kolei będą miały wpływ na rzeczywiste zapotrzebowanie na rynku pracy w opiece zdrowotnej, w konsekwencji najbardziej chłonne w stosunku do absolwentów (biorąc pod uwagę ogólną liczbę szpitali – potencjalnych pracodawców bez rozróżniania ich poziomów referencyjnych) będą w kolejności województwa: śląskie: 219, mazowieckie: 90, dolnośląskie: 71, wielkopolskie: 61, małopolskie: 59, łódzkie: 50, lubelskie: 48. Najmniejszą liczbę szpitali posiadają województwa: świętokrzyskie: 23, podlaskie: 25, lubuskie: 29.

### **Formalne wymogi kwalifikacyjne w sektorze opieki zdrowotnej w odniesieniu do szpitali jako pracodawców dla absolwentów zdrowia publicznego: przegląd obowiązujących przepisów pod kątem prawnych wymogów**

W stosunku do kwestii formalnych wymogów kwalifikacyjnych związanych z koniecznością posiadania odpowiedniego wykształcenia w dziedzinie zdrowia publicznego, w odniesieniu do osób zatrudnianych w szpitalach, zasadniczo należy powołać się na odpowiednie wnioski dotyczące „małych” świadczeniodawców. Najistotniejsze wydają się w tym miejscu regulacje zawarte w przywołanej tam Ustawie o inspekcji sanitarnej oraz w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 17 maja 2000 roku w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju; wymóg ten dotyczy w tych aktach prawnych ukończenia studiów podyplomowych o kierunku: zarządzanie w służbie zdrowia (a więc również nie bezpośrednio w dziedzinie zdrowia publicznego, chociaż można przyjąć, że o takie właśnie wykształcenie prawodawcy chodziło). Wymóg ten dotyczy stanowiska kierownika zakładu opieki zdrowotnej (zespołu zakładów opieki zdrowotnej) i jest warunkiem wymaganym łącznie z trzyletnim stażem pracy – alternatywnie do sześcioletniego stażu pracy w zawodzie dla osób posiadających wykształcenie wyższe. Jest to więc jedyny wymagany w przepisach warunek zatrudnienia odnoszący się jednak do studiów podyplomowych, nie dotyczący absolwentów studiów dziennych, który można odnieść także do osób poszukujących zatrud-



nienia na odpowiednich stanowiskach w szpitalach<sup>13</sup>. Jak już zostało to ustalone<sup>14</sup> na liście stanowisk, których pełnienie jest związane z posiadaniem formalnych kwalifikacji w zakresie zdrowia, znalazły się stanowiska menedżerskie, w tym między innymi: kierownik zakładu, zakładów, jednostki organizacyjnej zespołu zakładów (a więc na stanowiskach menedżersko-administracyjnych w zakładach opieki zdrowotnej), także stanowiska zastępców kierowników, kierowników zakładów i pracowni będących komórkami organizacyjnymi zakładu opieki zdrowotnej.

Jednakże posiadanie kwalifikacji w zakresie zdrowia publicznego także i w przypadku szpitali jedynie potencjalnie powinno stanowić czynnik odgrywający istotną rolę w sytuacji poszukiwania zatrudnienia na takich stanowiskach.

### **Wyniki przeprowadzenia badania oczekiwań dotyczących profesjonalnych kompetencji absolwenta kierunku: zdrowie publiczne jako pracownika zatrudnionego przez szpital. Rozkład rankingu kompetencji w poszczególnych kategoriach (grupach)**

W celu prezentacji wyników przeprowadzonego badania ankietowego należy w tym miejscu przypomnieć, iż pierwszą grupą poddaną badaniu w formie wywiadu zogniskowanego była właśnie grupa świadczeniodawców wybrana wstępnie spośród studentów podyplomowych Instytutu Zdrowia Publicznego, były to osoby zatrudnione w szpitalach na stanowiskach kierowniczych. Zdaniem osób, które zostały zaproszone do wzięcia udziału w tym badaniu, pracownik, który potencjalnie mógłby przez nie zostać zatrudniony, to profesjonalista posiadający duży zasób wiedzy z obszarów ekonomii, prawa, socjologii. Jako najistotniejsze cechy wskazano zdolność do przystosowania się do zmieniających warunków pracy, umiejętność współpracy, odpowiedzialność, nieunikanie sytuacji związanych z koniecznością podejmowania trudnych decyzji. Na etapie rankingu kompetencji z przedstawionej listy wybrane zostały przez uczestników badania: zdolność poszukiwania i pozyskania środków finansowych, umiejętność planowania strategicznego, umiejętność współpracy z ludźmi oraz kierowania zespołem. Taki wybór nie dziwi zwłaszcza w obecnej sytuacji tych podmiotów w systemie: pierwsza z wymienionych kompetencji jednogłośnie została

---

<sup>13</sup> Wnioski odnośnie do formalnych wymogów zatrudnienia związanych z wykształceniem w dziedzinie zdrowia publicznego są w stosunku do szpitali jako potencjalnych pracodawców dla absolwentów tego kierunku w zasadzie tożsame z tym, co zostało już opisane w odniesieniu do poprzedniej grupy. Być może należałoby poruszyć także kwestię możliwości wprowadzania konkretnych specjalizacji w zdrowiu publicznym, co spowodowałoby wzrost zainteresowania na przykład zatrudnieniem specjalistów ze specjalizacją: zarządzanie w opiece zdrowotnej lub promotor zdrowia, edukator zdrowia, przez konkretne jednostki poszukujące właśnie takich osób.

<sup>14</sup> Por. Formalne wymogi w poprzedniej grupie „małych” świadczeniodawców.

uznana przez grupę za decydującą – w komentarzach wielokrotnie wyrażano przekonanie, że dopiero po spełnieniu tego warunku można zastanawiać się nad kolejnością dalszych wymogów.

W stosunku do osób ankietowanych w formie wysyłanego kwestionariusza kryterium selekcyjnym było miejsce zatrudnienia, tak jak w przypadku pierwszej grupy świadczeniodawców (grupa „dużych” świadczeniodawców – przedstawiciele szpitali) oraz zajmowane tam stanowisko (stanowiska kierownicze). Przyjęto, że właśnie te osoby mogą w przyszłości decydować o zatrudnieniu potencjalnych kandydatów – absolwentów zdrowia publicznego. Kwestionariusze w formie znacznie skróconych list kompetencji do oceny – liczba umiejętności została zredukowana do 34 – zostały wysłane do takich właśnie osób<sup>15</sup>. Szpitale stanowiły jedną z najliczniejszych grup respondentów, a ponadto wagę uzyskanym z tego źródła odpowiedziom nadaje dodatkowo ich rola, misja w systemie. W sumie wysłano 44 kwestionariusze (na ogólną liczbę 311 ankiet) i na wszystkie uzyskano odpowiedź zwrotną. Respondentami zasadniczo byli dyrektorzy (65,9%), osoby na stanowiskach kierowniczych – 2,3%, inni pracownicy, którym prawdopodobnie zlecono wypełnienie kwestionariusza (np. sekretarki) – 4,5%. Można założyć, że respondenci dysponowali więc odpowiednią wiedzą dotyczącą możliwości zatrudnienia absolwenta zdrowia publicznego w swojej placówce i posiadali także kompetencje do podejmowania w tym zakresie decyzji. Szpitale, do których kierowano ankietę, usytuowane były następująco: 18 w miastach o liczbie mieszkańców mniejszej niż 50 000 – 18, w miastach od 50 000–200 000 mieszkańców – 12 oraz powyżej 200 000 – 14, co stanowi odpowiednio: 40,9%; 27,3% i 31,8%.

## Ranking kompetencji weryfikowanej listy

Na tym etapie badanie ograniczało się oczywiście tylko do indywidualnej oceny i weryfikacji listy, bez możliwości uzyskania dodatkowych informacji, czy też możliwości konsultacji, co jak już zaznaczono we wstępie mogło wpłynąć na jego rezultaty. Jak już wspomniano ankietowani przedstawiciele szpitali zostali wybrani losowo z listy szpitali krajowych zamieszczonej w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej<sup>16</sup> stanowiącym podstawę do utworzenia w Instytucie Zdrowia Publicznego bazy danych potencjalnych pracodawców dla absolwentów zdrowia publicznego. Ankietowani musieli odpowiedzieć na pytanie, jak oceniają istotność danej umiejętności pod kątem przydatności na ewentualnym stanowisku pracy możliwym do obsadzenia przez absolwenta

---

<sup>15</sup> Listy zostały skrócone prawie o połowę na skutek, między innymi, powtarzających się w niemal wszystkich grupach fokusowych opinii ich uczestników, że są zdecydowanie zbyt długie i to sprawia, iż osoba, które miałaby je weryfikować samodzielnie już tylko ze względu na obszerność i czasochłonność tego zadania może po prostu odmówić.

<sup>16</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 22 grudnia 1998 roku w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych, DzU Nr 164, poz. 1193.

zdrowia publicznego, a także określenie ewentualnego konkretnego stanowiska pracy (nazwanie go). Skala ocen wynosiła od jeden do pięciu z odpowiednio przypisanymi opisami: mało ważna, dość ważna, ważna, bardzo ważna, niezbędna. Respondenci, dokonując oceny, zdecydowanie unikali najniższej punktowanej oceny, odsetek odpowiedzi kwalifikujących daną kompetencję jako mało ważną był niski – pojawia się jedynie sporadycznie w stosunku do kilku kompetencji – i jedynie w przypadku zdolności do wykorzystania mediów w celu upowszechniania wartości, celów oraz priorytetów zdrowia publicznego osiągnął 9,1% przy jednoczesnym 79,55% uznaniu tej kompetencji za bardzo ważną lub ważną – można przypuszczać, że w tym wypadku być może nie wszystkim respondentom ten rodzaj umiejętności wydawał się istotny ze względu na specyfikę jednostki.

Kompetencje uznane przez większość respondentów za niezbędne to odpowiednio:

1. Poczucie silnego zaangażowania w pracę zawodową – aż 68,2% respondentów uznało tę cechę za najistotniejszą (niezbędną – *essential*) w swojej instytucji, 27,3% uznało tę kompetencję za bardzo ważną, a 4,5% za ważną. Łącznie daje to 100% – nikt z respondentów nie ocenił tej umiejętności poniżej oceny „ważna”, można więc przyjąć, iż jest to umiejętność przesądzająca o możliwości zatrudnienia w jednostce, ale trudna do stwierdzenia w odniesieniu do absolwenta zdrowia publicznego jako osoby poszukującej pierwszego miejsca zatrudnienia i praktycznie nieposiadającej żadnych referencji.

2. Gotowość do ponoszenia odpowiedzialności za własne działania znalazła się na miejscu drugim – 65,9% respondentów, jako bardzo ważną określiło tę kompetencję 27,3%, a ważną – 6,8%, jak w przypadku powyżej daje to ponownie 100%, a więc wnioski są podobne.

3. Zdolność do profesjonalnego wykonywania swoich obowiązków i dotrzymywania terminów bez konieczności sprawowania nadzoru – w tym wypadku określenie tej kompetencji jako niezbędnej znalazło się w 45,5% ankiet, ale także jako bardzo ważną oceniło tę kompetencję 40,9%, łącznie stanowi to 86,4% i być może nadaje jej rangę pierwszeństwa jako kryterium zatrudnienia, 11,4% oceniło ją jako ważną i 2,3% jako dość ważną.

W stosunku do kolejnych kompetencji określonych jako niezbędne odsetek ocen kompetencji jako niezbędnych spada już do 29,5% – duża odporność na zmiany i niepewność sytuacji, następnie 22,7% – zdolność do rozwijania strategii rozwiązywania problemów społecznych i ich wdrażania; 18,2% – umiejętność planowania i zarządzania projektem na wszystkich etapach, od koncepcji do realizacji.

Typowe, specyficzne dla dziedziny zdrowia publicznego, kompetencje zostały ocenione w tej grupie podmiotów w sposób zróżnicowany, oceny wahają się w tym przypadku znacznie i częściej występuje tu ocena „dość ważna”, a także, wprawdzie sporadycznie, pojawiają się oceny „mało ważna”. Kompetencje te znalazły się w pierwszej dziesiątce kompetencji najważniejszych, lista ta przedstawia się następująco:

1. Poczucie silnego zaangażowania w pracę zawodową (odsetek poszczególnych odpowiedzi odpowiednio: 68,2% respondentów uznało tę cechę za niezbędną, 27,3% – za bardzo ważną, a 4,5% za ważną).

2. Gotowość do ponoszenia odpowiedzialności za własne działania (65,9% – niezbędna, bardzo ważna – 27,3%, ważna – 6,8%).

3. Umiejętność dostosowywania się do wymogów pracy (25% uznało tę kompetencję za niezbędną, 34,1% za bardzo ważną, 36,4% za ważną, a 4,5% za dość ważną).

4. Zdolność do rozwiązywania problemów w zmieniających się okolicznościach (niezbędna – 15,9%, bardzo ważna – 31,8%, ważna – 38,6%, dość ważna – 13,6%).

5. Zdolność do profesjonalnego wykonywania swoich obowiązków i dotrzymywania terminów bez konieczności sprawowania nadzoru (45,5% – niezbędna, bardzo ważna – 40,9%, 11,4% – ważna i 2,3% – dość ważna).

6. Duża odporność na zmiany i niepewność sytuacji (29,55% – niezbędna, 43,25% – bardzo ważna, 27,3% – ważna).

7. Umiejętność planowania i zarządzania projektem na wszystkich etapach, od koncepcji do realizacji (niezbędna 18,2%, bardzo ważna – 61,4%, ważna – 11,4%, dość ważna – 9,1%).

8. Umiejętność upowszechniania informacji z dziedziny zdrowia publicznego oraz edukacji wskazanych grup (niezbędna – 15,9%, bardzo ważna – 40,9%, ważna – 29,5%, dość ważna 13,6%).

9. Zdolności do wykorzystania mediów w celu upowszechniania wartości, celów oraz priorytetów zdrowia publicznego (niezbędna – 31,8%, bardzo ważna – 47,7%, ważna – 11,45%, mało ważna – 9,1%).

10. Umiejętność zdobywania oraz wykorzystywania multidyscyplinarnych informacji z dziedziny zdrowia publicznego (niezbędna – 4,5%, bardzo ważna – 40,9%, ważna – 40,9%, dość ważna – 11,4%, mało ważna – 2,35%).

Kompetencje specyficzne dla zdrowia publicznego zajmują trzy ostatnie pozycje, ale już wspominałam należy się w tym miejscu zastanowić, w jakim stopniu respondenci byli świadomi treści kryjących się pod pojęciem dyscypliny zdrowia publicznego, jej zakresu, przedmiotu i obszaru zainteresowań, a także konsekwencji tego dla obrazu czy też profilu zawodowego absolwenta zdrowia publicznego. Prawdopodobnie ani samo w sobie pojęcie dyscypliny nie było respondentom wystarczająco znajome, jak i określenie zestawu potencjalnych wiadomości dostępnych dla absolwenta z tej dziedziny.

Pojęcie „mało istotna” pojawia się w kwestionariuszach tylko w stosunku do czterech wyszczególnionych poniżej kompetencji:

1. Zdolność do wykorzystania mediów w celu upowszechniania wartości, celów oraz priorytetów zdrowia publicznego (mało istotna – 9,1%, przy jednoczesnym 31,8% określeniu jako bardzo ważna i 47,7% jako ważna, 11,45% jako dość ważna).

2. Zdolność do wykorzystania informacji naukowej do analizowania/diagnozowania problemów zdrowotnych i społecznych (mało ważna – 6,8%, dość ważna – 13,6%, ważna – 34,1%, bardzo ważna – 38,6%, niezbędna 6,8%).

Dwie kolejne kompetencje zostały ocenione jako mało ważne w takim samym procencie odpowiedzi:

1. Umiejętność zdobywania oraz wykorzystywania multidyscyplinarnych informacji z dziedziny zdrowia publicznego (mało ważna – 2,35%, dość ważna – 11,4%, ważna – 40,9%, bardzo ważna – 40,9%, niezbędna – 4,5%).

2. Zdolność do rozwijania strategii rozwiązywania problemów społecznych i ich wdrażania (mało ważna – 2,3%, dość ważna – 9,1%, ważna – 29,5%, bardzo ważna – 36,4%, niezbędna – 22,75%).

Przeprowadzona analiza badania kwestionariuszowego wskazuje na pewne rozbieżności w stosunku do badania w formie grupy fokusowej, dotyczące przede wszystkim kategorii kompetencji specyficznych dla zdrowia publicznego. W trakcie wywiadów zogniskowanych ujawniły się rozbieżności pomiędzy poszczególnymi grupami świadczeniodawców, które można uzasadnić różnicowaniem ich sytuacji: status, zakres działalności, przedmiot działalności. W przypadku szpitali badanie fokusowe wyraźnie wykazało brak informacji niezbędnych do zdefiniowania zdrowia publicznego jako dyscypliny naukowej i trudno się spodziewać, że ankietowani następnie w formie kwestionariusza zasadniczo się pod tym względem różnili.

Jeżeli założymy, że ankietowani także nie posiadali dostatecznej wiedzy, to pominięty cały etap wypracowania definicji, wyjaśnienia pojęć, uściślenia ich znaczenia, zakresu i przedmiotu, który w badaniu fokusowym poprzedzał ocenę listy, a z konieczności nie mógł być włączony do kwestionariusza, nie miał w tym drugim wypadku wpływu na rezultat końcowy. Być może dlatego na kwestionariuszowej liście dziesięciu najistotniejszych kompetencji te specyficzne dla zdrowia publicznego zajmują trzy ostatnie miejsca. Z drugiej strony lista została w tym wypadku znacznie skrócona – praktycznie o połowę zestawu przedstawionego do oceny w badaniu fokusowym, co mogło wpłynąć na zdecydowanie bardziej klarowny sposób przedstawienia kompetencji; konieczne było ich zagregowanie, wyrzucenie tych, które w dużym stopniu się pokrywały. To z kolei mogło ułatwić ocenę respondentom już tylko ze względu na ilość potrzebnego do tego zadania czasu, nie bez znaczenia jest też fakt, iż kompetencje specyficzne w obu przypadkach znajdowały się na końcu przedstawianej listy, co także może wpływać na ich ocenę.

Wśród przedstawionych do oceny (rankingu) najistotniejszych kompetencji największe znaczenie przypisano zatem zarówno w badaniu fokusowym, jak i w kwestionariuszu umiejętnościom z kategorii ogólnych, społecznych (umiejętności kierowania pracą zespołu, szybkości reagowania, umiejętności oceny sytuacji oraz ryzyka, świadomości własnych możliwości i możliwości innych osób w zespole, jak i bezpośrednio podporządkowanych, odpowiedniemu „zabezpieczeniu” na wypadek sytuacji awaryjnych – grupy fokusowe i siedem pierwszych z listy dziesięciu najistotniejszych powyżej). W badaniu fokusowym

początkowo preferowane profesjonalne kompetencje absolwentów zdrowia publicznego jako pożądane dla pracowników instytucji lub organizacji, którą reprezentowali poszczególni uczestnicy, wymienione zostały dopiero na dalszym miejscu, badani nie byli pewni, o jaki zestaw konkretnych umiejętności czy kompetencji chodzi, natomiast po dyskusji w grupie, wyjaśnieniach moderatora i w drodze wypracowania wspólnego stanowiska w komentarzach kompetencje te zdecydowanie wysunęły się do przodu. Ponadto jako ogólnie sformułowany wymóg w szeregu kompetencji dodanych przez ankietowanych znalazł się profesjonalizm, co dziwi w sytuacji, gdy kompetencje z kategorii specyficznych dla zdrowia publicznego (ostatnia grupa z prezentowanej listy) były przez te same osoby oceniane stosunkowo nisko. Nasuwa się wniosek, że nie do końca wiadomo, o jakie kompetencje „profesjonalne” ankietowanym w tym wypadku chodzi.

Wśród cech, kompetencji i umiejętności dodanych znalazły się ponadto: sumienność, umiejętność komunikowania się z innymi, znajomość warunków rynku, szybkość reagowania w sytuacjach awaryjnych, a także określenia kompetencji nieposiadające jednak istotnego znaczenia (zastosowanie synonimów w stosunku do pojęć zastosowanych w kwestionariuszu lub innego ujęcia takich samych umiejętności). W obu badaniach można jednakże wskazać obszar występowania podobieństw, który zamyka kompetencje dające się wspólnie określić jako opisujące dobrego menedżera, osoby na stanowisku kierowniczym i to właśnie stanowisko wydaje się najbardziej adekwatne w stosunku do takiego zestawu umiejętności. Analizując wyniki badania kwestionariuszowego pod tym kątem, można zauważyć stosunkowo dużo analogii w odniesieniu do badań w formie wywiadów fokusowych – sylwetka pożądanego pracownika zostanie przedstawiona poniżej. Gdy podsumuje się wyniki dotyczące jednostkowych kompetencji, to uzyskamy grupy kompetencji odpowiadające odpowiednim kategoriom wprowadzonym przy tworzeniu listy do badania fokusowego. Najbardziej cenioną grupą kompetencji jest kategoria oznaczona numerem II – kompetencje społeczne (interpersonalne i w grupie). Organizacja własnej pracy i zdolność funkcjonowania w instytucji, a także umiejętności przywódcze w instytucji oznaczone jako kategoria III. Podobnie jak badaniu fokusowym w odniesieniu do znajomości języka obcego zdecydowana większość oceniła biegłą oraz słabą znajomość nisko, natomiast znajomość dobrą jako najbardziej pożądaną. W badaniu kwestionariuszowym umiejętności językowe nie były w ogóle oceniane.

### **Syntetyczne przedstawienie szpitali na rynku pracy w zdrowiu publicznym w kontekście możliwości zatrudnienia: przedstawienie profilu pożądanego pracownika**

Szpitala stanowiły w badaniu grupą stosunkowo liczną, a odsetek zwrotnych odpowiedzi wynosił w tym wypadku 100%, co może świadczyć o dużym zainte-

resowaniu możliwością zatrudnienia osób dysponujących zasobem wiedzy z dziedziny, która chociaż niezbyt jeszcze znana, to jednak postrzegana jest jako dynamicznie się rozwijająca. Na pytanie, czy istotnie wśród szpitali absolwenci znajdują w przyszłości swoich pracodawców można próbować odpowiedzieć przy uwzględnieniu wstępnego określenia hipotetycznego profilu pożądanego pracownika, skonstruowanego w oparciu o wyróżnione kompetencje i proponowane stanowisko.

W oparciu o analizę otrzymanych w badaniach kwestionariuszowych danych opracowanie profilu pracownika w tym przypadku jest tylko pozornie łatwym zadaniem, jak zostało to już wspomniane, należy bowiem uwzględnić podane wcześniej problemy (podnoszone już przez uczestników grup fokusowych: brak czasu, obszerność listy, trudności z identyfikacją ról możliwych do pełnienia przez absolwentów zdrowia publicznego w tych instytucjach) ze zdefiniowaniem obszaru zdrowia publicznego przez osoby ankietowane. Efektem analizowanych wyników z przeprowadzonych grup fokusowych jest natomiast zdecydowanie zbyt idealistyczny „portret” potencjalnego absolwenta jako skutek wysokiego oceniania zbyt wielu kompetencji i nieumiejętności ich selekcjonowania. Uczestnicy badania niechętnie korzystali bowiem z możliwości usuwania z listy kompetencji zbędnych. Potencjalny pracodawca życzyłby więc sobie, aby przyszły pracownik posiadał większość z opisanych umiejętności, byłby to pracownik doskonały, a więc w praktyce nieosiągalny. Lista pierwotna stanowiła zestaw w pełni wyczerpujący potencjalnie możliwe do osiągnięcia przez absolwenta zdrowia publicznego kompetencje, ale w żadnym stopniu nie uwzględniała ona faktu, że do konkretnego stanowiska wymagany może być inny zestaw umiejętności, i te, które w pewnych warunkach są niezbędne, mogą w innym przypadku nie mieć istotnego znaczenia. Proponowano wówczas pogrupowanie kompetencji w kategorii przypisane do konkretnych stanowisk, miejsca zajmowanego przez danego pracownika w hierarchii, zakresu spraw przez niego podejmowanych. Stało się to powodem wprowadzenia do kwestionariusza nowego zadania dla respondentów, a mianowicie, mieli oni określić możliwe do obsadzenia w swojej instytucji stanowisko pracy, w sensie zajmowanej funkcji i określenia obszaru działania – specjalności. Na pytanie to respondenci odpowiedzieli, stosując różne, czasem nieprecyzyjne, określenia, takie jak: koordynator, kierownik, kontroler bez jednoczesnego określenia obszaru zadań. Poniżej zamieszczona jest analiza najczęściej proponowanych stanowisk:

- 1) zwykły, szeregowy pracownik – najniższe stanowisko pracy: 38,6% (17 respondentów);
- 2) kierownik – bez konkretnie opisanego obszaru działań: 27,3% (12 respondentów);
- 3) specjalista – także bez odniesienia do konkretnej dziedziny „wyspecjalizowania”: 15,9% (7 respondentów);
- 4) na ostatnim miejscu pod względem częstości występowania znajduje się stanowisko dyrektora lub menedżera: 11,4% (5 respondentów).

Wszystkie powyższe wartości dają łącznie 93,2%, ponieważ na 44 ankietowanych 3 osoby nie podały żadnych odpowiedzi na zadane pytanie (co stanowi 6,8% wszystkich ankietowanych). Przy uwzględnieniu tych brakujących danych procentowy udział ważnych odpowiedzi przedstawia się odpowiednio do czterech wyszczególnionych powyżej stanowisk następująco:

- 1) 41,5%;
- 2) 29,3%;
- 3) 17,1%;
- 4) 12,2%.

W kontekście proponowanych ról, obszarów działania czy też specjalności lista możliwych stanowisk (miejsc) pracy jest zdecydowanie dłuższa. W kolejności od najczęściej proponowanego do najrzadziej występujących przedstawia się ona zgodnie z poniższym:

- 1) kontroler, organizator – bez odniesienia konkretnego obszaru aktywności: 13 propozycji (co stanowi 29,5%);
- 2) na równorzędnej pozycji znalazły się: promocja zdrowia i marketing: po 5 propozycji (co stanowi 11,4%);
- 3) kolejne cztery równorzędne pozycje to: 1) menedżer, dyrektor; 2) analityk, prognostyk; 3) asystent dyrektora; 4) sekretarka: po trzy propozycje (co stanowi 6,8%);
- 4) stanowisko kierownika: dwie propozycje (co stanowi 4,5%);
- 5) jednokrotnie pojawiły się następujące propozycje:
  - epidemiolog,
  - ekonomista,
  - koordynator,
  - zarządzanie zasobami ludzkimi: wszystkie po 2,3%

oraz w jednym przypadku zgłoszono możliwość zatrudnienia, ale z zastrzeżeniem, iż nie jest to stanowisko dla absolwenta zdrowia publicznego. W dwóch przypadkach nie podano żadnej propozycji i przy uwzględnieniu tego faktu, częstotliwość występowania przedstawionych propozycji przedstawia się następująco:

- 1) kontroler, organizator: 31%;
- 2) promocja zdrowia i marketing: 23,8%;
- 3) a) menedżer, dyrektor; b) analityk, prognostyk; c) asystent dyrektora;
- d) sekretarka: 7,1%;
- 4) stanowisko kierownika: 4,8%;
- 5) epidemiolog, ekonomista koordynator oraz zarządzanie zasobami ludzkimi: po 2,4%.

Z powyższych danych można wnioskować, że najbardziej poszukiwanym pracownikiem w grupie szpitali jest osoba, która mogłaby zostać zatrudniona jako zwykły pracownik, na stanowisku kontrolera lub organizatora – bez określenia konkretnego obszaru działania – następnie pracownik zajmujący się pro-



mością zdrowia lub marketingiem, także zatrudniony jako pracownik szeregowy. Dopiero na dalszym miejscu pojawiają się specjaliści bez konkretnego określenia obszaru specjalności (w tej grupie także mogą się znajdować osoby zajmujące się np. promocją zdrowia, marketingiem lub organizacją). Zdecydowanie sporadycznie pojawia się propozycja zatrudnienia na najwyższych stanowiskach; dyrektora lub menedżera, co wydaje się uzasadnione, biorąc pod uwagę fakt, że pytanie dotyczyło absolwentów zdrowia publicznego, a więc osób bez lub jedynie z niewielkim doświadczeniem zawodowym. Nie można jednakże wysnuć w tym miejscu wniosku, że stanowiska takie nie mogłyby być zajmowane w przyszłości przez te osoby, zwłaszcza po uzyskaniu odpowiedniego doświadczenia w drodze awansu zawodowego w tych samych instytucjach.

## **Podsumowanie – wnioski dotyczące specyficznych oczekiwań grupy szpitali w kontekście zmian na rynku pracy. Rekomendacje dotyczące programów nauczania**

Szpitale stanowią stosunkowo dużą grupę potencjalnych pracodawców i można się spodziewać, że w miarę postępującej w przyszłości prywatyzacji ich oferta wzrośnie, nie tyle w sensie wzrostu liczby jednostek, chociaż być może i tak będzie (perspektywa powstawania nowych prywatnych szpitali i klinik w miarę rozwoju ubezpieczeń prywatnych), ile w sensie konieczności racjonalizowania działań, a także poprzez tworzenie stanowisk pracy dla osób będących w tym przedmiocie specjalistami. Ponadto jest to kategoria podmiotów proponujących stosunkowo dużą liczbę możliwych stanowisk już na obecnym etapie, a potrzeba standaryzacji świadczeń, dostosowania się do nowych wymogów, stosowania nowych, lepszych i tańszych procedur będzie wymagała odpowiedniej wiedzy i konkretnych umiejętności. Te z kolei mogą być kształtowane poprzez realizację takich programów nauczania, które będą reagowały elastycznie na zmiany zachodzące na rynku pracy, stąd konieczność monitorowania tych zmian i badania wymagań podmiotów potencjalnie zainteresowanych zatrudnianiem absolwentów zdrowia publicznego.

W kontekście powyższych wniosków należałoby wdrażać nowoczesne metody nauczania, dzięki którym poszukiwane kompetencje specyficzne z obszaru zdrowia publicznego mogłyby być przez studentów uzyskiwane przy jednoczesnym treningu umiejętności interpersonalnych i społecznych, tak wysoko cenionych przez wszystkie poddane badaniu grupy. Ogromną rolę odgrywają tu takie techniki nauczania, które stymulują do współpracy w grupie, uczą organizowania pracy zespołu i odpowiedniego zarządzania czasem, kształcą umiejętności przywódcze i organizatorskie, uczą odpowiedzialności i umiejętności podziału zadań, a także stymulują do pracy samodzielnej, uczącej rozwiązywania konkretnych problemów poprzez indywidualne poszukiwanie informacji, wypracowanie rozwiązań. Jest to oczywiście ogromne zadanie dla osób zajmujących się

metodologią nauczania, wskazane byłyby bowiem odpowiednie szkolenia dla kadry: wykładowców, a zwłaszcza osób prowadzących zajęcia, gdyż to właśnie ćwiczenia są taką formą kształcenia, w której wiele z nowoczesnych i skutecznych metod nauczania może być skutecznie wdrażanych.

Niestety istnieje również wiele barier leżących poza procesem kształcenia absolwentów zdrowia publicznego i wpływających w znacznym stopniu na możliwości poszukiwania przez nich pracy. O niektórych z nich już poprzednio wspomniano, w tym miejscu jeszcze raz należy przypomnieć konieczność wypracowania spójnej definicji wytyczającej pojęciowy zakres dziedziny zdrowia publicznego, co stanowi wyzwanie dla zajmujących się tą dziedziną. Jest to jednocześnie pierwszy krok w kierunku wprowadzenia odpowiednich regulacji w tym obszarze, zarówno tych określających przedmiot dziedziny, jak i wprowadzających szereg formalnych wymogów w stosunku do zatrudnienia w związanych ze zdrowiem publicznym obszarach. Wiąże się to z potrzebą lobbingu środowisk zajmujących się tym zagadnieniem w kierunku stworzenia takich regulacji, jak i rozpowszechniania informacji dotyczących kompetencji absolwentów zdrowia publicznego i realizowanych programów nauczania w sytuacji braku wiedzy na ten temat, wynikającej między innymi z historycznie bardzo mało utrwalonego miejsca tego kierunku kształcenia w systemie studiów. Jest to często przyczyną barier w zatrudnianiu absolwentów, potwierdziły to przeprowadzone na wstępie badania w stosunku do wszystkich zidentyfikowanych grup. Atrakcyjność absolwenta zdrowia publicznego na rynku pracy może wzrosnąć proporcjonalnie do zakresu wiedzy potencjalnego pracodawcy na temat jego kompetencji i umiejętności, sposobów i metod kształcenia.

Podsumowując najistotniejsze rekomendacje będące rezultatem przeprowadzonego badania, można wyszczególnić następujące kwestie czy też postulaty na przyszłość:

1. Zdefiniowanie dziedziny zdrowia publicznego zgodnie z obowiązującymi w tym obszarze nowoczesnymi ujęciami i koncepcjami, odpowiednio do europejskich tendencji i standardów.

2. Przygotowanie regulacji prawnej dotyczącej tej dziedziny: ustawy o zdrowiu publicznym oraz odpowiednich aktów prawnych określających wzajemne relacje zidentyfikowanych w infrastrukturze zdrowia publicznego podmiotów, ich obszary kompetencji i zakresy odpowiedzialności, precyzyjny podział zadań oraz wprowadzających formalne wymogi dotyczące zatrudnienia specjalistów zdrowia publicznego w systemie.

3. Mające swoje źródło także w przepisach prawa zdefiniowanie charakteru Narodowego Programu Zdrowia, relacji pomiędzy ministrem zdrowia i jednostkami samorządu terytorialnego w zakresie zdrowia publicznego, określenie relacji pomiędzy tymi ostatnimi a omawianymi w tym opracowaniu podmiotami: szpitalami (czy bardziej ogólnie zakładami opieki zdrowotnej).

4. Marketing czy też lobbing na rzecz absolwentów zdrowia publicznego jako część działalności środowisk działających w obszarze zdrowia publicznego.

5. Dostosowywanie programów nauczania na kierunku: zdrowie publiczne do zmian i wymogów na rynku pracy, a w dalszej perspektywie także do standardów kształcenia w Unii Europejskiej.

6. Rozważenie możliwości powstawania specjalności w ramach dziedziny: zdrowie publiczne – odpowiednio do wyników przeprowadzonych badań można wskazać na potrzebę powołania specjalności: zarządzanie w opiece zdrowotnej w stosunku do szpitali jako potencjalnych pracodawców, podobnie specjalności: prawo zdrowia publicznego i w obszarze promocji zdrowia.

## Aneks I

# Charakterystyka świadczeniodawców w systemie ubezpieczeń zdrowotnych na podstawie obowiązujących przepisów (Ustawa o ZOZ, Ustawa o Zawodzie Lekarza, Ustawa o Zawodzie Pielęgniarki)

Akt prawny	Artykuł	Treść artykułu	Zakres świadczenia	Świadczeniodawca
Ustawa z dnia 30.08.1991 o zakładach opieki zdrowotnej (DzU z dnia 14.10.1991)	Art. 1 u. 1, 2	u.1. Zakład opieki zdrowotnej jest wyodrębnionym organizacyjnie zespołem osób i środków majątkowych utworzonym i utrzymanym w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia, u. 2: (...) może być również utworzony i utrzymywany w celu: 1) prowadzenia badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, 2) realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.	Świadczeniem zdrowotnym są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, w szczególności związane z: 1) badaniem i poradą lekarską, 2) leczeniem, 3) badaniem i terapią psychologiczną, 4) rehabilitacją leczniczą, 5) opieką nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem, 6) opieką nad zdrowym dzieckiem, 7) badaniem diagnostycznym, w tym analityką medyczną, 8) pielęgnacją chorych, 9) pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi, 10) opieką paliatywno-hospicyjną, 11) orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia, 12) zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne, 13) czynnościami technicznymi z zakresu protetyki i ortodoncji,	Zakład opieki zdrowotnej (*2)
	Art. 3			Osoby fizyczne Grupowa praktyka lekarska Grupowa praktyka pielęgniarek, położnych
	Art. 4	Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez zakłady opieki zdrowotnej oraz przez osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny (*1) lub przez grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek, położnych na zasadach określonych w odrębnych przepisach, z zastrzeżeniem art. 6 ust. 2.		

			14) czynnościami z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.	
Ustawa z dnia 5.07.1996 o zawodach pielęgniarów i położnej (DzU Nr 91, poz. 410)	Art. 4 u. 1	Wykonywanie zawodu pielęgniarów polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia.	Zakres świadczeń zdrowotnych tak jak to zostało określone w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym	Pielęgniarka oraz położna
	u. 2	Udzielanie świadczeń, o których mowa w ust. 1, pielęgniarka wykonuje przede wszystkim poprzez: (...) 5) samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych	Zakres świadczeń wykonywanych przez pielęgniarów (art. 4 u. 2 pkt 5) oraz położną (art. 5 u. 2 pkt 7) samodzielnie bez zlecenia lekarskiego określa minister zdrowia i opieki społecznej w drodze rozporządzenia (art. 6)	
	Art. 5	Dot. położnej – tak jak pielęgniarka (dot. opieki nad kobietą, kobietą ciężarną, rodzącą i położnicą oraz noworodkiem).		
	Art. 25 u. 1	Pielęgniarka, położna może wykonywać indywidualną praktykę po uzyskaniu zezwolenia właściwej ze względu na miejsce wykonywania praktyki Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.		
	Art. 25 u. 5	Indywidualna praktyka może być wykonywana przez pielęgniarów, położną na podstawie		

		zawartej z innym podmiotem niż zakład opieki zdrowotnej umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, z zastrzeżeniem ust. 1–4.		
Ustawa z dnia 5.12.1996 o zawodzie lekarza (DzU Nr 28, poz. 152)	Art. 1	Ustawa określa zasady wykonywania zawodów lekarza i lekarza stomatologa.	Świadczenia zdrowotne rozumiane tak jak w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.	Lekarz oraz lekarz stomatolog
	Art. 2. u. 1	Wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych,		
	u. 2	w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich.		
	Art. 50 u. 1	Wykonywanie zawodu lekarza stomatologa polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń, określonych w ust. 1,		
	u. 2	w zakresie chorób jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych.		Indywidualna praktyka lekarska
	Art. 53 u. 1	Lekarz może wykonywać indywidualną praktykę lekarską (*3), jeżeli: 1) posiada prawo wykonywania zawodu, 2) wykonywał zawód co najmniej przez okres 2 lat od		Osoby niebędące lekarzami

		<p>ukończenia stażu poddyplomowego, 3) uzyskał zezwolenie oraz wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich we właściwej okręgowej izbie lekarskiej.</p> <p>Lekarz może wykonywać indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, jeżeli: 1) spełnia warunki, o których mowa w u. 1 pkt 1 i 2, 2) posiada specjalizację w dziedzinie medycyny odpowiadającej wykonywanej praktyce, 3) uzyskał zezwolenie oraz wpis do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich.</p> <p>Lekarz wykonujący indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską może zatrudniać lekarza, w okresie niezbędnym do uzyskania przez niego uprawnień do wykonywania indywidualnej praktyki lekarskiej oraz osoby niebędące lekarzami do wykonywania czynności pomocniczych (współpracy).</p>		
--	--	---	--	--

(\*1) Art. 18d.: Ilekroć w ustawie jest mowa o: 1) osobie wykonującej zawód medyczny, należy przez to rozumieć osobę, która na podstawie odrębnych przepisów uprawniona jest do udzielania świadczeń zdrowotnych, oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.

(\*2) ZOZ: art. 20 – szpital, rozdział 3: inne zakłady opieki zdrowotnej – przychodnia, ośrodek zdrowia, poradnia; art. 27; świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej (świadczenia profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii) i specjalistycznej opieki zdrowotnej, w warunkach ambulatoryj-

nych lub domowych, art. 28: pogotowie ratunkowe, art. 29: pracownia diagnostyczna, art. 30: pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji, art. 32. zakład rehabilitacji leczniczej, art. 32b: żłobek, art. 32c: zakład opiekuńczo-leczniczy, art. 32d: zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, art. 43: szpital kliniczny.

(\*3) Art. 50 u. 3 – za równoznaczne z indywidualną praktyką lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktyką lekarską w rozumieniu ustawy uważa się wykonywanie zawodu poza zakładem opieki zdrowotnej na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, z zastrzeżeniem art. 53 u. 1.



## Aneks II

## Lista aktów prawnych przywołanych w opracowaniu wraz z miejscem ich publikacji

1. Ustawa o inspekcji sanitarnej z 14 marca 1985 roku – DzU z 1998 r. Nr 90, poz. 575 z późn. zmianami.
2. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 30 sierpnia 1991 roku – DzU Nr 91, poz. 408 z późn. zmianami.
3. Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z 23 listopada 1998 roku w sprawie wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz jednostek samorządu terytorialnego właściwych do przejęcia uprawnień organu, który go utworzył, DzU Nr 145, poz. 941 z późn. zmianami.
4. Ustawa z 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarstwa i położnej – DzU Nr 91, poz. 410 z późn. zmianami.
5. Ustawa z 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza – DzU 1997 r. Nr 28, poz. 152 z późn. zmianami.
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 17 grudnia 1992 roku w sprawie określenia kwalifikacji rzeczoznawców ds. sanitarno-higienicznych – DzU z 1993 r. Nr 3, poz. 12.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 17 grudnia 1998 roku w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarstwa i położnych – DzU Nr 161, poz. 1110.
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 19 grudnia 1998 roku w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej – DzU Nr 115, poz. 749 z późn. zmianami.
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 marca 1999 roku w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej – DzU Nr 30, poz. 300.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 17 maja 2000 roku w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju – DzU Nr 44, poz. 520.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30 czerwca 2000 roku w sprawie określenia zasad działalności stacji sanitarno-epidemiologicznych – DzU Nr 56, poz. 677.
12. Instrukcja Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 20 lipca 1971 roku w sprawie spółdzielczych spółdzielni lekarskich.
13. Ustawa z 17 czerwca 1966 roku o uzdrowiskach i zakładach lecznictwa uzdrowiskowego.

